

福祉医療確認	有・無
福祉課案内	済・未済

国民健康保険 特別療養費 療養費 支給申請書

可児市長 様

療養を受けた被保険者	フリガナ 氏名	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	記号・番号	円
	生年月日		療養に要した費用	
	個人番号			

傷病名 (1)	発病負傷年月日 (1)	発病の原因 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 業務上の災害 <input type="checkbox"/> その他	療養期間 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 外来 年 月 日から 日間
(2)	(2)		

傷病の経過	療養の内容
-------	-------

診療を受けた病院等の名称及び所在地	診療に従事した医師等の氏名
-------------------	---------------

療養の給付、入院時食事療養費の支給、入院時生活療養費の支給又は保険外併用療養費の支給を受けることができなかったこと理由

保険医療機関等で受診しなかった理由

補装具・輸血

その他

国保加入手続き前の受診  
資格取得年月日 年 月 日  
交付年月日 年 月 日  
届出年月日 年 月 日

マイナ保険証または資格確認書を持参しなかった理由  
( 緊急時・変更手続き中・紛失した )

公金受取口座を利用する (利用する方は口座情報の記入不要)  
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録できます。ただし、請求者(世帯主)の口座に限ります。  
振込先に公金受取口座を指定した場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、支給日の関係上、変更前口座に支給となることがあります。

振込口座を指定する  
請求者以外の口座を利用するときは、下記署名欄に署名が必要です。

金融機関	銀行・農協 信金・信組・労金	本店・支店 支所・出張所
口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	名義人

(カタカナでご記入ください)

上記名義人口座への振込みを承諾します。 世帯主

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 住所 可児市

氏名

世帯主

個人番号

電話 ( ) -

(注)療養費に要した費用に関する証拠書類  
添付書類 診療明細書・領収書(日本語翻訳文・旅券・調査に関わる同意)

区分	未就学 ・ 一般 ・ 65～69歳 ・ 70歳以上 2割 ・ 70歳以上 3割	受付者
----	---	-----